FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 26

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des
HÉMORRAGIES INTERMENSTRUELLES
(les règles de quinzaine d'après douze observations)

Travail de la clinique gynécologique du Professeur agrégé
JEAN FIGARELLA

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

le 23 novembre 1943

par

ANGELIN GERMAN
né le 13 juillet 1915 à Hyères (Var)
Ancien interne des Hôpitaux de Draguignan
Médaille de bronze des épidémies

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse :

MM. les Professeurs VAYSSIERE, Président
MATTEI, Assesseur
FIGARELLA, Assesseur
CHOSSON, Assesseur

Imprimerie RAYBAUD & GRANGE. — Draguignan

1943

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

HÉMORRAGIES INTERMENSTRUELLES

(les règles de quinzaine d'après douze observations)

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N°

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des
HÉMORRAGIES INTERMENSTRUELLES
(les règles de quinzaine d'après douze observations)

Travail de la clinique gynécologique du Professeur agrégé
JEAN **FIGARELLA**

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

le 23 novembre 1943

par

ANGELIN GERMAN
né le 13 juillet 1915 à Hyères (Var)
Ancien interne des Hôpitaux de Draguignan
Médaille de bronze des épidémies

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse :
MM. les Professeurs VAYSSIERE, Président
MATTEI, Assesseur
FIGARELLA, Assesseur
CHOSSON, Assesseur

Imprimerie RAYBAUD & GRANGE. — Draguignan
1943

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PERSONNEL ENSEIGNANT
DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL — *Assesseur :* F. MERCIER

Doyen Honoraire : L. IMBERT

Professeurs Honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE, OLMER, GAUJOUX, COTTE, AUBARET

Chargé de Cours Honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE — *Bibliothécaire :* Mme PEROL

Professeurs :

Anatomie	N...
Anatomie Pathologique et Pathologie Expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie Analytique et Hydrologie	RIMATTEI
Chimie Médicale	ROCHE
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	BOURDE
Clinique Exotique	HECKENROTH
Clinique des Maladies Nerveuses	ROGER
Clinique Médicale	AUDIBERT
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	MONGES
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Obstétricale	VAYSSIERE
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histoire Naturelle	N...
Histologie	ROMIEU
Hygiène Générale et Coloniale	VIOLLE
Médecine Légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie Chirurgicale	MOIROUD
Pharmacodynamie et Matière Médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MORIN
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	POINSO
Professeur sans chaire	POURSINES
Professeur sans chaire	DUBOULOZ
Professeur sans chaire	SAUTET

Chargés de Cours :

Clinique Dermatologique ..... VIGNE
Hydrologie Clinique et Thérapeutique ..... PIERI

Agrégés en exercice :

MM. BERTHIER
BALANSARD
BRAHIC
FIGARELLA
ARNOUX
CHOSSON
DELPHAUT
MM. R. IMBERT
PAILLAS
AUDIER
DOR
RECORDIER
SALMON

Chargés des fonctions d'agrégé :

Chimie médicale ..... DERRIEN
Physiologie ..... DONNET
Physique ..... ROUX

Chargés de Cours complémentaires :

Anatomie descriptive et topographique ..... SALMON
Chimie minérale ..... ARNOUX
Clinique de la tuberculose ..... BERTHIER
Clinique des maladies contagieuses ..... PERIOT
Clinique chirurgicale infantile ..... IMBERT
Clinique stomatologique ..... ACHARD
Clinique gynécologique ..... FIGARELLA
Médecine opératoire ..... DOR
Microbiologie (Pharmacie) ..... BOYER
Neuro-Chirurgie ..... ARNAUD
Obstétrique ..... CHOSSON
Pharmacodynamie (Pharmacie) ..... DELPHAUT
Psychiatrie ..... ALLIEZ
Toxicologie ..... GUILLOT

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547003_0070

A MON PERE, A MA MERE

En témoignage d'amour filial.

A MES FRERES, A MES SŒURS

A TOUS MES PARENTS .

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR CH. A. MATTEI

Professeur de Clinique médicale

Qu'il veuille trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance et le témoignage de notre gratitude pour les conseils et la confiance dont il nous a toujours comblé.

A M. LE DOCTEUR CAMBON

Médecin-Chef accoucheur de la Maternité

En remerciements de l'excellent accueil reçu dans son service et de l'aide qu'il nous a donné dans nos études d'obstétrique.

A M. LE PROFESSEUR VAYSSIERE

Professeur de Clinique obstétricale

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre travail. Hommage très respectueux.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FIGARELLA

Chirurgien des Hôpitaux

Qui a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse. En témoignage de respectueuse gratitude pour l'aide qu'il nous a apporté et l'enseignement gynécologique qu'il nous a donné.

À M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHOSSON

~~Chirurgien des Hôpitaux~~
Chargé de cours d'Obstétrique

Qu'il daigne trouver ici l'assurance de toute notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il a porté à notre famille et pour l'enseignement clinique dont nous avons profité.

AU CORPS MEDICAL DE DRAGUIGNAN

Avec qui nous avons collaboré de nombreuses années, en témoignage de respectueuse reconnaissance.

HISTORIQUE ET GÉNÉRALITÉS

Il est encore des problèmes de pathologie génitale de la femme qui n'ont pas encore eu de solution. Sans avoir la prétention d'éclaircir définitivement la question, nous nous sommes proposés dans ce modeste travail, d'étudier plus spécialement ce que l'on a coutume d'appeler « les règles de quinzaine », caractérisées par un écoulement de sang venant de l'utérus, d'une façon assez régulière, entre deux menstruations, en dehors de tout phénomène gravidique.

Nous nous sommes bornés à l'observation de ce syndrome uniquement considéré sous l'aspect de règles du milieu du cycle, c'est-à-dire au cours de la « crise intermenstruelle », dont il peut être l'unique manifestation clinique.

HISTORIQUE

De tout temps ce phénomène a été observé et a été rattaché à un excès de la fonction ovarienne. C'est ainsi que Négrier (1858) pensait qu'il était dû à un redoublement du processus qui déclenchait la menstruation. D'autres auteurs ont cru qu'il était rationnel d'admettre que ce syndrome soit lié à la menstruation par un rapport de causalité : l'ovulation pourrait déterminer l'hémorragie de quinzaine et les « suites d'ovulation » aboutiraient à la menstruation. Telle est l'opinion de Priestley (1871), de Fasbender (1874), de Mario Marsh (1877), de Stapfer (1912), ce dernier s'appuyant sur les données histologiques mises en lumière par Fraenkel, Bouin, Ancel, Villemain. Vignes a fait une excellente étude de ce syndrome dans son livre de physiologie gynécologique des femmes (1929).

Grâce aux géniales recherches de nos physiologistes contemporains, aux observations et aux études de nos maîtres, auxquelles nous joindrons les nôtres, nous allons nous efforcer de situer le moment où se produit ce phénomène par rapport à la menstruation, d'en

déterminer les causes, les conséquences, avec l'espoir d'en tirer un profit thérapeutique.

FAITS BIOLOGIQUES

Rappelons brièvement les faits physiologiques normaux qui se succèdent probablement d'une menstruation à l'autre.

Après l'hémorragie cataméniale, qui a succédé à l'atrophie du corps jaune, il se produit une sécrétion croissante d'hormone stimulo-folliculinique qui va déclencher l'activité ovarienne, et l'on assistera à la production de folliculine au fur et à mesure de la maturation de l'ovule. La folliculine agira sur l'endomètre, qui sera le siège de phénomènes de croissance caractérisés par de nombreuses mitoses dans le stroma et les tubes glandulaires rectilignes ou en hélices de l'utérus.

A ce moment, le taux de corps œstrogènes inhibe peu à peu l'activité folliculino-stimulante hypophysaire et déclenche la sécrétion d'hormone lutéinique et, consécutivement à ces modifications sécrétoires hormonales, l'ovulation a lieu.

Au cours de cette dernière période, l'architecture de l'endomètre ne s'est pas modifiée mais on peut mettre facilement en évidence la présence de glycogène dans les cellules épithéliales glandulaires.

Le corps jaune, sous l'influence de l'hormone lutéinisante, va sécréter à son tour, et la lutéine atteignant une certaine concentration ralentira la production de l'hormone lutéinisante hypophysaire.

Sous l'influence de la progestérone, les tubes glandulaires de la muqueuse utérine prendront l'aspect en dents de scie et les glandes seront le siège de phénomènes sécrétoires très importants : c'est la phase de prénidation. S'il n'y a pas fécondation, le corps jaune en dégénérant provoquera la chute du taux de la lutéine, ce qui amènera la nécrose de la muqueuse utérine et les règles apparaîtront. Il faut noter que le taux de la folliculine passe vers le milieu du cycle par un maximum suivi d'une chute brusque, ce qui correspond à un taux de folliculinurie croissant puis chutant à son tour. La lutéine atteint son maximum à la fin du cycle pour décroître rapidement après la

dégénérescence du corps jaune. Son élimination urinaire suivra une courbe identique.

D'une part, on sait que si l'on fait subir un traitement folliculinique à une femme et qu'on l'interrompe brusquement, il se produit une hémorragie utérine, et d'autre part, qu'on peut empêcher l'hémorragie par injection de lutéine en quantité suffisante. Tout se passe donc à ce moment, l'utérus étant dans une période particulièrement congestive, comme si, à l'instant où l'ovulation se produit, la quantité de folliculine tombant brusquement par suite de l'orientation sécrétoire nouvelle du follicule de DE GRAAF, et la quantité de lutéine en circulation étant insuffisante pour empêcher l'hémorragie utérine de se produire, il s'effectuait un début de « menstruation », plus ou moins vite arrêté par l'action croissante de la lutéine.

Normalement, les sécrétions de folliculine et de lutéine s'équilibrent dans un rapport harmonieux et le cycle n'est pas troublé.

Ainsi, au premier abord, l'hémorragie intermenstruelle qui nous intéresse, si l'on fait abstraction du facteur local utérin ou des prédispositions hémorragipares générales, pourrait être dû :

1° à une sécrétion de folliculine trop forte avec sécrétion normale de lutéine ;

2° à une sécrétion de folliculine normale avec insuffisance de sécrétion lutéinique ;

3° à des sécrétions normales de folliculine et de lutéine avec trouble de leur assimilation au niveau des organes récepteurs.

Le problème se complique encore par l'action du système neuro-végétatif et des autres glandes à sécrétions internes, sur le cycle menstruel.

MODES D'EXPLORATIONS DU CYCLE

Quels sont les moyens dont nous disposons pour vérifier ces hypothèses ?

Les modes d'exploration pourront se diviser en : *titrage* hormonal dans le sang et les urines ; en *appréciation indirecte* de l'activité sécrétoire de l'ovaire par l'étude morphologique de l'organe récepteur qu'est l'utérus : c'est ce que MORICARD a appelé *l'exploration*

cytohormonale ; en *observation des signes cliniques* pouvant être rapportés aux diverses phases du cycle menstruel ; en *exploration du système vago-sympathique*. Enfin les résultats thérapeutiques pourront nous donner, d'une façon moins élégamment scientifique, la confirmation rétrospective des troubles qu'ils auront supprimés.

Les dosages hormonaux gardent peu d'indications cliniques car ils sont soumis aux servitudes du test biologique et qu'ils nécessitent un personnel technique et un élevage d'animaux considérables.

L'exploration cyto-hormonale, si elle ne permet pas d'obtenir des indications quantitatives chiffrées en unités biologiques, a l'avantage d'être plus facile à effectuer et à interpréter. On peut la faire porter sur l'utérus ou sur le vagin.

Pour l'utérus, elle doit satisfaire aux conditions suivantes :

1° le prélèvement doit être effectué sur les faces ou le fond de l'utérus ;

2° le fragment prélevé doit être suffisamment volumineux pour que son interprétation microscopique puisse être rapportée à tout l'organe ;

3° le prélèvement doit être facile à effectuer, sans danger, sans douleur pour la femme, afin qu'elle se soumette volontiers à la répétition de l'opération.

Les instruments du Professeur Cotte et la canule de Novak avec seringue d'aspiration, permettent actuellement d'effectuer d'excellents prélèvements.

Le principe du premier est basé sur un tube tranchant qui, après avoir été introduit dans l'utérus, râcle la muqueuse à sa sortie. Le prélèvement restant inclus dans le tube n'est pas détérioré. L'inconvénient réside dans la nécessité de dilater le col pour permettre l'entrée et la sortie facile du tube.

La canule de Novak, de calibre plus petit, dispense l'opérateur et le sujet de cet ennui, mais elle peut être impuissante à détacher un lambeau de muqueuse à chorion très dense.

Les contre-indications des biopsies de l'endomètre sont : l'existence d'un état infectieux du col, le soupçon d'une grossesse ou d'un néoplasme intra-utérin, car dans ce dernier cas l'exploration totale de l'endomètre est de rigueur.

On explore le vagin en pratiquant des frottis et des biopsies de la muqueuse.

Le résultat de ces méthodes ne pourra donner qu'une appréciation grossière sur l'état normal, la carence ou la surcharge de l'organe récepteur, résultat qui sera interprété comme une sécrétion normale, insuffisante ou excessive de l'hormone sexuelle correspondante.

Il existe d'autres moyens d'explorer le cycle menstruel. Par exemple, l'étude de la motilité utérine après injection de substances ocytociques ou l'étude des phénomènes électriques qui accompagnent l'ovulation : le vagin, qui, de négatif par rapport à la symphyse, devient positif, avec une différence de potentiel allant jusqu'à 100 millivolts. On s'est aussi servi de l'endocrinodiagramme de Dausset et Ferrier, mais cette méthode est peu employée.

Plus simplement, on pourra faire prendre à la femme sa température rectale quotidienne et on enregistrera sur la courbe une élévation de quelques dixièmes de degré au moment de l'ovulation : la folliculine étant hypothermisante, la lutéine hyperthermisante.

Si l'on s'adresse aux sécrétions du col, avec Palmer et Mlle Marcille, on aura les résultats suivants :

« Macroscopiquement le mucus cervical apparaît du 12e au 16e jour chez la femme à cycle de 28 jours, sous forme de glaire filante, abondante surtout les 14e et 15e jours, légèrement alcaline.

« Les variations microscopiques, au cours du cycle, sont les suivantes :

— la glaire intermenstruelle se caractérise par de rares cellules vaginales, quelques polynucléaires peu altérés, une flore microbienne identique à celle du vagin, sans hématies ;

— la glaire post-menstruelle renferme les mêmes éléments que la précédente mais en très grand nombre ;

— la glaire lutéinique est coagulée et contient des hématies et des leucocytes. »

Pour Moricard, la sécrétion des glaires dépend de l'activité de la folliculine et peut être freinée par la progestérone.

On peut conclure avec ces auteurs qu'au point de vue diagnostic hormonal :

1° chez la femme bien réglée, la date de la sécrétion

maxima de la glaire filante peut fixer la date de l'ovulation ;

2° après une belle glaire filante intermenstruelle, si le col reste sec pendant les 10 à 12 jours qui précèdent la menstruation, on peut croire à l'existence d'un corps jaune actif ;

3° si la glaire filante se prolonge jusqu'au voisinage de la menstruation suivante, on peut soupçonner un trouble hormonal au cours duquel la folliculine serait ou trop sécrétée ou insuffisamment freinée par la progestérone.

Nous verrons aussi par la suite que la note dominante chez toutes ces malades est l'état congestif utéro-annexiel qui passe par deux maxima, l'un vers le milieu du cycle, l'autre qui aboutit aux règles. L'origine de ces « vagues utéro-annexielles » peut s'interpréter par les phénomènes congestifs qui accompagnent la maturation du follicule et la préparation de la muqueuse à la nidation.

Cet état congestif se traduit par des troubles cliniques qui caractérisent particulièrement un dérèglement vago-sympathique indéniable. Or nous savons que ce système vago-sympathique est sous la dépendance des sécrétions internes des glandes, et parmi celles-ci l'ovaire occupe une place de choix. Avec Guillaume, Godet, Hofmann, Stolper et bien d'autres auteurs, on peut affirmer qu'au cours du cycle menstruel il y a deux phases alternantes de vagotonie et de sympathicotonie : le follicule en voie de maturation excite le vague, tandis que le corps jaune est freinateur du vague et excitateur du sympathique. Réciproquement, nous pourrons rapporter, en quelque façon, les troubles vago-sympathiques de nos malades à des disfonctionnements hormonaux.

L'étude de la vagatonie et de la sympathicotonie pourra se faire en parallèle avec les autres explorations physiologiques et nous permettra de classer nos malades en deux grandes catégories : celles dominées par l'exagération des phénomènes physiologiques normaux causés par la folliculine, et celles qui paraissent être sous la dépendance d'un hyperfonctionnement du corps jaune.

L'exploration du système végétatif n'est pas chose facile à réaliser. Parmi toutes les méthodes qui ont été employées, nous donnerons la préférence à l'épreuve

de l'atropine et de l'orthostatisme, dont la technique a été mise au point par Danielopolu.

Le sujet étant couché, on note le chiffre du pouls que l'on nommera *tonus relatif* ; on injecte par voie intraveineuse un demi-milligramme de sulfate neutre d'atropine et on fait à courts intervalles de nouvelles injections d'atropine de 1/4, 1/2, 3/4 de milligrammes jusqu'à l'obtention de la paralysie du vague cardiaque. Ce résultat est atteint quand, le sujet passant à la position verticale, son pouls s'accélèrera (par excitation du sympathique), puis, le sujet se recouchant, son pouls redeviendra rapidement au chiffre initial. Si, au lieu de revenir à ce chiffre initial, le pouls tombe au-dessous de ce chiffre pendant quelques instants, c'est que tout le vague cardiaque n'est pas bloqué ; il faut réinjecter de l'atropine jusqu'à ce que ce ralentissement clinostatique ne se reproduise plus. Le rythme noté lorsque le vague est complètement paralysé représente le *tonus absolu* du sympathique. La différence entre le *tonus absolu* et le *tonus relatif* représente le *tonus absolu du vague*. La dose totale d'atropine injectée représente une expression pharmacodynamique du tonus du vague.

Platz considère que, si les variations atteignent 30 à 40 pulsations par cette méthode, l'épreuve est dite positive, c'est-à-dire pathologique. On pourra compléter cette exploration en recherchant le réflexe oculo-cardiaque. Nous n'aurons pas une valeur absolue comme résultat, mais un certain ordre de grandeur qui ne sera pas négligeable pour un technicien averti et qui lui donnera une indication précieuse quand il voudra trouver la solution du problème actuellement encore si complexe des troubles neuro-endocriniens.

Nous n'avons pas pu mettre en œuvre tous ces moyens d'investigation dans l'étude de nos observations, car, d'une part, ce syndrome est suffisamment bénin pour qu'il n'incite pas la femme qui en est atteinte à se soumettre à de longs examens et, d'autre part, il faut un recul de temps de plusieurs mois après le traitement pour pouvoir conclure à la guérison définitive. Nous avons pu recueillir douze observations dont nous devons la première, la seconde, la troisième, la quatrième, la cinquième et la dixième au Service de gynécologie de notre maître M. le Professeur agrégé Figarella.

ÉTUDE CLINIQUE

Nos observations

Première Observation

Mme C., 38 ans, vient consulter pour douleurs dans le bas ventre. Ces douleurs ont débuté il y a trois jours ; elles siègent des deux côtés avec endolorissement du bas des reins, pertes de mauvais alois. Antécédents gynécologiques : réglée à 12 ans, règles régulières venant tous les 26 jours, durant 4 à 5 jours, d'abondance moyenne. Au milieu du mois, perte intermenstruelle pendant 8 jours, caractérisée par un petit suintement de sang rosé et léger endolorissement des reins et gonflement important des seins. A eu deux avortements sans curetage ; une salpingite, il y a 13 ans, avec bartholinites gauches répétées à la même époque. Spécifique avérée.

A eu un traitement anti-syphilitique (une série par an) et un traitement hépatique pour embonpoint avec règles diminuées et bouffées de chaleur. Insuffisance hépatique caractérisée par des vomissements fréquents après chaque repas.

Examen. — Tout le bas ventre est sensible. Le toucher vaginal montre un col lisse, un corps en antéflexion douloureux à la mobilisation, avec annexes empatées et prolabées dans le douglas.

Au spéculum, on trouve un col normal avec une grosse goutte leucorrhéique verte. La vesise est douloureuse.

Diagnostic. — Métrite et paramétrite avec annexes prolabées, cystite ; ovarite à l'origine des règles de quinzaine.

Traitement. — Sulfamidothérapie à haute dose, une cure par mois. Au bout de deux cures, amélioration

nette : la paramétrite a disparu et le suintement du quinzième jour est réduit à quelques gouttes et souvent même supprimé.

Deuxième Observation

Octobre 1941, Mme V., 21 ans, vient consulter pour dysménorrhée et ménorragie. Premières règles à 13 ans. Depuis l'âge de 15 ans, elle perd pendant 8 jours ; et au milieu des règles petit suintement de sang (quelques taches à peine) durant 2 à 15 jours, sans douleur. Gonflement des seins important quelques jours avant les vraies règles. A eu un avortement récent.

A l'examen, on note seulement un peu de cervicite et un ovaire gauche douloureux et un peu gros.

Traiemen. — Diaphylos pour la cervicite ; lutéinothérapie. Quatre mois après, les règles sont devenues moins abondantes et le syndrome du quinzième jour n'est plus réapparu.

Troisième Observation

Mme J., 31 ans, vient consulter le 12 septembre 1941 parce qu'elle perd du sang du 13e au 15e jour après ses règles, d'une façon régulière pendant 1 à 2 jours en petite quantité, avec lassitude et petites douleurs siégeant à gauche. Ce phénomène est survenu la première fois en septembre 1940, a augmenté d'intensité jusqu'à octobre, puis a disparu jusqu'en février 1941, et pendant ce mois il a été très important, puis a décru en mai, disparu au cours du mois de juillet et, depuis, a réapparu avec une forte intensité ; fléchissement de l'état général. Puis amélioration progressive de l'amaigrissement, bon état actuel.

Désire, depuis un an, un nouvel enfant qui ne vient pas. Auparavant, règles régulières durant 2 à 3 jours, d'abondance moyenne, puis surviennent quelques pertes avec pesanteur dans le bas ventre et légère pollakiurie. Aucun autre antécédent gynécologique.

A l'examen : vulve béante, déchirure périnéale ancienne, col descendant jusqu'à la vulve, hypertrophié, corps gros, cavité utérine 10 centimètres, annexes prolabées, ovaires ne semblant pas tuméfiés, légère métrite du col, urétrocystocèle.

Traitement. — Electrocoagulation du col, cure chirurgicale du prolapsus.

A été revue trois mois après : les règles de quinzaine ont complètement disparu.

Quatrième Observation

Mme A., 35 ans et demi, vient consulter pour stérilité secondaire ; a eu un enfant il y a 10 ans, actuellement mort.

A été réglée à 11 ans, tous les 28 jours pendant 3 jours, de façon peu abondante. Depuis quelques mois, elle se plaint de douleurs dans les reins et le bas ventre avec un petit écoulement de sang apparaissant 14 jours, jour pour jour, après ses règles. Gonflement important des seins qui dure les 10 jours qui précèdent ses règles et cesse dès l'apparition de celles-ci. Pas de pertes.

A l'examen, on note un utérus de 2 volumes, mesurant 7 centimètres à l'hystéromètre, en rétroversion, avec col déchiré sans métrite.

On n'a pas trouvé trace du traitement et la malade n'est plus venue consulter.

Cinquième Observation

Mme X., 30 ans, vient consulter le 20 mars 1942 pour dysménorrhée de tout temps. Elle souffre le troisième jour de ses règles, du bas ventre avec irradiation dans les hanches, surtout depuis un an.

A été réglée à 13 ans, tous les 28 jours, avec peu d'abondance. Très souvent vers le 15e jour après ses règles, petites pertes de sang et pertes blanches. A subi l'électrocoagulation du col utérin auparavant.

A l'examen, on trouve une légère salpingo-ovarite droite avec rétrécissement très marqué du col.

Traitement. — Dilatation chirurgicale du col, qui donne immédiatement une amélioration au point de vue anatomique et fonctionnel.

Revue en juillet 1942 : le col est cicatrisé avec un orifice en fente, d'un cathétérisme facile, règles normales non douloureuses avec disparition du syndrome du quinzième jour.

Revue en décembre 1942 : les troubles sont revenus progressivement. On a proposé la résection du nerf présacré, qui a été refusée.

Sixième Observation

Mme X., 56 ans.

A été réglée à 14 ans et demi, tous les 28 jours, perdant 3 jours avec un arrêt d'un jour, puis reperdant 2 jours tous les mois. Tempérament neuro-arthritique très poussé avec déséquilibre vago-sympathique très important.

A eu une grossesse normale, jamais de pertes. Toujours bien réglée jusqu'à 45 ans et, à partir de ce moment-là, pendant un an, a perdu deux fois par mois : la première fois vers le quinzième jour pendant 1 à 2 jours d'une façon peu abondante, la deuxième fois à la fin du mois avec les caractères des règles normales.

Pendant toute cette année et durant les 10 jours qui précédaient les vraies règles, elle s'est plainte d'une congestion mammaire intense qui s'arrêtait avec la venue des règles, avec nervosité très marquée, névralgies de type variable et angoisse. De plus, on a constaté au cours de cette année une hypertrophie notable du lobe gauche de la thyroïde, avec légère exophtalmie et mydriase.

Sans qu'aucun traitement ne soit intervenu, tous ces troubles ont disparu au bout d'un an, puis les règles sont redevenues régulières pendant deux ans et insensiblement la ménopause s'est installée pour être définitive à 51 ans.

Septième Observation

Mlle X., 20 ans.

Réglée depuis l'âge de 13 ans, tous les 28 jours, perdant 4 jours d'abondance moyenne. A eu un arrêt de règles pendant 5 mois en 1942 et de janvier 1943 à avril 1943 a perdu 2 fois par mois. Les règles normales sont précédées pendant 8 à 10 jours par de la courbature générale et une hyper-nervosité manifeste, puis ces troubles s'arrêtent 2 à 3 jours avant les règles pour réapparaître le premier jour des règles et disparaître ensuite. Légère congestion mammaire disparais-

sant avec la venue des règles. Les règles de quinzaine sont peu abondantes et sont précédées, elles aussi, par un état nerveux très marqué rendant la demoiselle peu sociable pendant ce temps-là. Les règles sont uniquement douloureuses au cours des séjours passés au bord de la mer. Jamais aucune perte. Echec d'un traitement au crinex.

Actuellement la malade est très déprimée.

La température rectale prise tous les jours n'a pas donné d'élévation dans la deuxième partie du cycle menstruel, ce qui nous permet de supposer que, dans ce cas, il s'agit encore d'un syndrome d'hypersécrétion de folliculine.

On a fait l'épreuve à l'atropine ; elle a donné comme résultat :

Tonus relatif : 78
Tonus absolu du sympathique : 140
Tonus absolu du vague : 62
Dose totale d'atropine injectée : 2 milligrammes.

Huitième Observation

Mme N., 36 ans, se plaint de « saignement entre les règles ».

Elle est réglée depuis 12 ans tous les 26 jours, perd pendant 4 jours, d'abondance moyenne ; elle s'est mariée à 21 ans ; 3 ans après, elle a eu une petite fille et, 4 ans après son accouchement, a fait un avortement de 15 jours. Durant l'année qui a suivi l'avortement, elle a fait de la métrite.

Actuellement, depuis 6 mois, « à la suite d'une violente dispute avec sa belle-mère », elle a perdu deux fois par mois. La première fois pendant 4 jours assez abondamment vers la fin de chaque mois et ses règles sont précédées par une douleur siégeant au niveau de l'ovaire droit, et congestion mammaire avec insomnie et palpitations et tiraillement d'estomac.

Tous ces troubles cessent dès l'apparition des règles.

La deuxième fois, les pertes ne durent que 2 jours, peu abondantes avec congestion mammaire et palpitations moins accusées que celles qui précèdent les vraies règles. Ces pertes apparaissent 15 jours après l'écoulement menstruel normal. Bon état général.

Comme antécédents pathologiques, on ne retient qu'une rougeole et un terrain arthritique très accusé. Tension artérielle : 14-8. Le toucher vaginal et l'examen au spéculum ne révèlent rien d'anormal au point de vue utérus et annexes.

Le 17 juin 1943, c'est-à-dire 2 jours avant les vraies règles, on fait une biopsie de l'endomètre et on constate qu'il existe au niveau du col une glaire filante alcaline importante à cette date. La biopsie donne comme résultat : muqueuse utérine à la phase lutéinique caractérisée par l'aspect festonné de l'épithélium glandulaire.

Le même jour, l'épreuve de Danielopolu donne :

Tonus relatif : 84
Tonus absolu du sympathique : 136
Tonus absolu du vague (136 - 84) : 52
Dose totale d'atropine injectée : 2 milligrammes.

Ce qui permet de conclure à une légère sympathicotonie du sujet. Nous n'avons pas pu pratiquer d'autres biopsies de l'endomètre chez cette malade. Les règles de quinzaine ainsi que la persistance anormale de la glaire filante du col nous ayant fait penser à une hypersécrétion de folliculine, nous avons donné à cette malade un traitement à base d'acéto-stérandryl (une injection intra-musculaire de 10 milligrammes les 8e, 10e, 12e et 14e jours après les règles) qui a fait disparaître les règles de quinzaine et la plupart des troubles qui les accompagnaient.

Neuvième Observation

Mlle A., 29 ans. Elle est réglée depuis l'âge de 11 ans ; elle perd pendant 3 jours, de façon peu abondante, tous les 28 jours. Pertes blanches abondantes depuis le début des règles. Elle est actuellement enceinte de 8 mois.

Un an avant le début de cette grossesse, elle s'est mise à perdre 2 fois par mois : la première fois vers la fin de chaque mois, pendant 3 jours, et la deuxième fois 15 jours après, pendant 3 jours, de façon nettement moins abondante. Quelques jours avant ses vraies règles elle se plaint de douleurs bilatérales du ventre et d'une congestion mammaire importante, qui cessent à l'apparition de l'écoulement cataménial. Ces troubles n'existent pas au moment des règles de quinzaine. Aucun autre antécédent gynécologique notable. Ses parents

sont en bonne santé ; elle a 6 frères et sœurs en bonne santé, un frère mort à 8 mois. Etat général actuel satisfaisant. La grossesse a été normale jusqu'à présent ; on note : hauteur utérine 31 centimètres, auscultation positive, tête non engagée, excès de liquide, bassin normal. B.W. négatif.

Prélèvement au niveau du col : flore banale.

Dixième Observation

Mme L., 30 ans, vient consulter pour hémorragie avec diagnostic de fibrome, en novembre 1942.

L'interrogatoire montre que Mme L. perd du sang au milieu de son cycle ; au cours des mois de novembre et décembre 1940 et janvier, février 1941 ces pertes sont réduites à quelques gouttes de sang qui tachent à peine un linge ; à partir de mars 1941 jusqu'à juillet 1941 elles augmentent jusqu'à durer pendant 5 jours et ressembler à de véritables règles. Au cours du mois d'août et de septembre 1941, elles diminuent pour disparaître en décembre 1941 et ne réapparaître qu'à partir de juin 1942 ; à ce moment-là elles sont abondantes. Elles cessent en juillet 1942, reprennent en août, septembre, octobre 1942 où elles durent pendant 4 jours et amènent la malade à consulter en novembre 1942.

Ces hémorragies de quinzaine, ainsi que les véritables règles, sont précédées de douleurs dans le bas ventre et les reins, de gonflement de l'abdomen, de petite migraine, d'un état légèrement neurasthénique, avec fatigabilité, congestion des seins.

Le cycle des règles normales est régulier et ces règles sont d'autant moins abondantes que l'écoulement de quinzaine est plus important.

Antécédents. — Un enfant âgé de 8 ans, un avortement il y a 6 ans.

Examen. — Appareil vulvo-vaginal normal, corps utérin assez volumineux, cavité utérine de 7 centimètres, annexes perceptibles, ovaires gros surtout à gauche, mobiles.

Traitement. — D'abord, on pratique 2 injections de proluton par mois, ce qui diminue légèrement l'hémorragie intermenstruelle, mais laisse persister tous les autres troubles.

On fait de l'acéto-stérandryl, à partir de la deuxième semaine du cycle menstruel, ce qui donne d'excellents résultats.

Onzième Observation

Mme B., âgée de 40 ans, hospitalisée pour fistule anale. Elle est réglée depuis l'âge de 13 ans, tous les mois pendant 4 jours ; elle perd normalement. Elle continue à être bien réglée jusqu'à 20 ans ; elle se marie et a tout de suite une petite fille, puis devient veuve aussitôt. Depuis, elle est mal réglée, elle a toujours un peu de retard et perd pendant 6 jours et plus, abondamment.

Depuis un an, elle perd 2 fois tous les mois : la première fois, pendant 6 jours, représente ses règles normales, qui sont précédées d'un gonflement plus ou moins important des seins avec des douleurs dans le bas ventre et les reins ; la deuxième fois, 15 jours après, elle perd pendant 1 à 2 jours sans congestion mammaire et avec quelques douleurs dans le bas ventre. Elle se plaint en outre de maux de tête continuels.

Aucun autre antécédent notable.

Examen. — Utérus petit, de consistance un peu dure, mobile, rien à signaler du côté des annexes. L'examen au spéculum montre une très légère métrite du col.

On traite la métrite du col et l'on pratique 4 injections d'acéto-stérandryl à 2 jours d'intervalle à partir du 8e jour après la fin de ses règles.

Les règles de quinzaine ont disparu.

Douzième Observation

Mme P. Marie-Jeanne, âgée de 37 ans, est réglée tous les mois pendant 4 jours, de moyenne abondance. Premières règles à 16 ans. Deux ans après, elle perd tous les 25 jours avec la même abondance. Bacillose pulmonaire depuis deux ans. Aucun autre antécédent gynécologique antérieur à cette affection. Depuis deux ans, la température de la malade, prise d'une façon très régulière montre qu'elle oscille entre 36°8 et 37°2 matin et soir pendant tout le mois sauf 4 jours avant les règles où elle monte à 37°6 le matin et 37°8 le soir. Au cours de ces deux dernières années, elle a perdu trois à quatre fois quelques gouttes de sang entre le

douzième et le quatorzième jour après ses règles et, au cours de quatre autres mois, a fait quatre hémoptisies contrôlées, assez abondantes, toujours situées entre les douzième et quatorzième jours du cycle. Les mois au cours desquels elle n'a pas eu ni règles de quinzaine ni hémoptisies, ont été marqués par un état congestif pulmonaire notable avec malaise général.

Traitement. — Injections intra-musculaires d'acétostérandryl à 40 milligrammes par ampoule à partir du 8e jour après ses règles, à 5 jours d'intervalle, 4 ampoules par mois.

Les règles de quinzaine ont disparu ainsi que les malaises, et la malade n'a plus eu d'hémoptisies.

Le Syndrome clinique

De nos observations, et avec l'aide de la synthèse de celles qui ont retenu l'attention de tous ceux qui se sont occupés de cette question, nous pouvons brosser, avec notre maître M. le Profesesur agrégé Figarella, le tableau clinique suivant :

« Il s'agit de femmes en période d'activité génitale, dont l'âge oscille entre 30 et 40 ans, dont les antécédents obstétricaux ne semblent pas intervenir. »

En effet, Vigne en a trouvé 10 cas sur 424 mères de famille, 7 cas pour 370 jeunes filles, 5 cas pour 60 femmes stériles, ce qui fait une proportion assez semblable pour chacune de ces catégories.

Le cycle mensuel oscille autour de 28 jours, mais la durée des règles, fait important à noter, est ordinairement prolongé et atteint souvent 8 jours. La durée et son intensité sont souvent en raison inverse de l'importance de l'hémorragie intermenstruelle (observation n° 10).

Les troubles du molimen sont ordinairement accusés et l'hémorragie de quinzaine s'accompagne d'un écoulement glaireux (observation n° 8).

Les antécédents pathologiques gynécologiques sont variables et souvent absents.

Les caractères propres à l'hémorragie intermenstruelle sont aussi extrêmement variables. Son importance change d'un sujet à l'autre, ou chez le même sujet d'un mois à l'autre : de quelques gouttes de sang à des pertes importantes.

Sa durée oscille entre quelques instants jusqu'à 15 jours, en moyenne 2 jours.

Le moment d'apparition, lui, est beaucoup plus régulier. Nous l'avons toujours observé du 14e au 15e jours qui précèdent les règles suivantes. Elle peut constituer l'unique symptôme de la crise intermenstruelle ou s'accompagne d'une ébauche de molimen que Courty a fort bien décrit :

1° sensation de chaleur dans la région génitale et tension du bas ventre ;

2° douleurs hypogastriques ou lombaires ;

3° sécrétion de mucus utérin ;

4° changement de coloration des muqueuses génitales ;

5° poussée congestive décelable au toucher vaginal ;

6° éréthisme nerveux et modifications du caractère, accompagnés parfois d'une élévation de la température de quelques dixièmes de degré.

Nous avons noté, dans la majorité des cas, de l'endolorissement et du gonflement des seins.

A l'examen, on observe, de l'avis de la plupart des rares auteurs qui se sont occupés de cette question, une congestion avec augmentation de volume des organes génitaux.

Lœbel (thèse de Paris 1936) a rencontré aussi, avec l'hémorragie intermenstruelle, de l'asthme, de l'urticaire, de la fièvre, de l'hypertrichose, de la frilosité, de l'acrocyanose.

L'évolution générale de cette affection peut aller de quelques mois à quelques années. Dans notre observation n° 10, elle est apparue d'une façon discontinue, ou plutôt sinusoïdale, de mois en mois, augmentant puis diminuant, pour disparaître pendant quelques mois et réapparaître ensuite.

Son diagnostic est toujours délicat à poser, souvent elle est laissée involontairement de côté au cours de l'interrogatoire, la femme n'y attachant aucune importance. Il se base sur son caractère cyclique dans le temps ; il faut le différencier des règles normales qui sont plus abondantes, plus importantes, et qu'elle doit précéder de 15 jours environ. Il faut aussi éliminer les hémorragies utérines mécaniques, ou uniquement inflammatoires, ou causées par des néo-formations.

En somme, on peut dire que les règles de quinzaine sont un écoulement de sang peu important, d'une durée de 1 à 2 jours, qui survient assez régulièrement 14 jours avant les règles suivantes et qui s'accompagnent presque toujours d'une ébauche de molimen.

LES THÉORIES PATHOGÉNIQUES

Comment sont actuellement interprétés ces troubles ?

Avec Claude Béclère, Mlle G. Armelin, R. Demange, qui s'appuient sur l'étude de 20 cas d'observation d'hémorragies intermenstruelles cycliques, on tire les conciuslons suivantes :

1° L'hémorragie intermenstruelle cyclique est presque toujours un trouble aigu, apparaissant secondairement et assez tardivement, chez les jeunes femmes, au cours d'une infection génitale chronique ;

2° Cette hémorragie intermenstruelle s'accompagne dans la majorité des cas, de lésions tubaires d'origine infectieuse et on trouve souvent (30 %) un hydrosalpinx latent ;

3° La gono-réaction est souvent positive ;

4° Dans la majorité des cas, l'hémorragie intermenstruelle se produit chaque mois, de 10 à 15 jours avant les règles suivantes, et dure 1 à 2 jours. Dans la moitié des cas elle est asociée à une crise douloureuse intermenstruelle cyclique. Ce syndrome intermenstruel peut persister des années (jusqu'à 6 ans) ;

5° L'hémorragie intermenstruelle cyclique serait dû à un trouble de l'ovulation provoqué par les lésions de l'infection génitale chronique ;

6° Le meilleur traitement est le traitement étiologique, c'est-à-dire la thérapeutique anti-infectieuse (diathermie, coagulation, sulfamidothérapie), qui donne d'excellents résultats.

Palmer et Mlle Orsini donnent les explications suivantes :

1° L'hémorragie intermenstruelle cyclique est parfois constituée par du sang pur, ou un écoulement muco-sanglant, d'un, deux, trois ou quatre jours de durée. Elle s'accompagne toujours d'une sécrétion cervicale abondante, transparente et filante, d'une congestion du col évidente au spéculum, d'un état folliculinique de l'endomètre (mitoses nombreuses, œdème du chorion,

sans glycogène) et d'un abaissement de la température matinale au-dessous de 37 degrés, de douleurs de localisation souvent imprécise co-existant dans plus de la moitié des cas. Le lendemain de la fin de l'hémorragie, on constate l'apparition du glycogène, la température matinale s'élève au-dessus de 37°. Donc l'hémorragie intermenstruelle apparaît au cours de l'œstrus et paraît liée à la congestion utérine qui existe à ce moment.

2° La recherche d'une lésion locale a donné comme résultats : l'étude porte aussi sur 20 observations. Ils ont constaté : 7 fois une infection génitale chronique, 6 fois des lésions non infectieuses, 7 fois des causes mal déterminées.

3° L'étude du terrain de leurs malades a révélé que l'hyperfolliculinémie, ayant été recherchée par signes cliniques et biopsie de l'endomètre sans avoir pratiqué de dosage, a pu être suspectée cliniquement dans 5 cas. Le terrain neuro-végétatif a aussi été incriminé, la majorité des femmes qui en sont atteintes étant des congestives hypersympathicotoniques.

Ces auteurs pensent que l'hémorragie intermenstruelle cyclique a donc lieu pendant l'œstrus, qu'elle est liée à la congestion utérine et se trouve sous la dépendance soit de lésions utéro-annexielles, soit de disfonctionnement hormonal ou neuro-végétatif. Ils concluent : « les petites règles de quinzaine ne seraient donc qu'aux confins de la pathologie ».

Gueissaz pense comme Béclère que l'H.I.C. fait partie de la crise intermenstruelle, qu'elle n'est pas causée par l'hyperfolliculinémie, qu'elle est exceptionnelle chez la vierge et paraît toujours être due à une lésion pathologique utéro-annexielle, consécutive à une ovulation anormale.

Kreis affirme qu'il n'est pas certain pour lui que les phénomènes douloureux de la crise intermenstruelle soient liés directement à la ponte ovulaire, et que la perte sanguine intercyclique n'est pas davantage à jour fixe ; qu'elle relève peut-être de conditions pathologiques variables mal éclaircies ; mais que, pour lui attribuer une origine endométriale, il faudrait conclure à l'existence d'une lésion cervicale, même chez la jeune fille, où l'on serait en droit de ne pas la soupçonner.

Mavromati pense que les phénomènes anatomo-physiologiques qui accompagnent la crise intermenstruelle

et la menstruation ont une grande ressemblance entre eux.

De ce fait, étant donné que la menstruation a pour cause la chute brusque du taux de la folliculine et de la lutéine dans le sang, consécutive à la dégénérescence du corps jaune, il lui semble que l'hémorragie intermenstruelle a pour origine la chute brusque de la folliculine au moment où le taux de la lutéine n'est pas encore suffisant pour arrêter le processus congestif qui siège au niveau de l'utérus.

Il constate en outre qu'à la période intermenstruelle et au moment de la menstruation correspondent des maxima de la folliculinurie, suivis chacun d'une brusque chute de ce taux.

Varangot, dans la *Presse médicale* du 30 juillet 1938 (page 1182), conclut aussi que l'apparition d'une hyperplasie de l'endomètre est la manifestation la plus certaine d'un état d'hyperfolliculinie, qui peut être causée par des lésions dystrophiques ou hormonales du parenchyme folliculino-sécrétoire de l'ovaire, ou des troubles fonctionnels de l'ovaire sans lésion apparente, ou une perturbation dans le métabolisme des corps œstrogènes.

En fait, tous les auteurs sont d'accord pour incriminer un trouble de l'ovulation pour cause de l'hémorragie intermenstruelle ; les uns mettent ce phénomène sur le compte de lésions utéro-annexielles, les autres font intervenir plus particulièrement un déréglement des sécrétions folliculinique et lutéinique.

Dans la thèse de Lœbel (1936), sur le syndrome hyperfolliculinique, nous relevons 5 cas d'hémorragie intermenstruelle cyclique :

— le premier cas s'accompagnant de crises d'urticaire très marquées avec un taux d'élimination de la folliculine nettement au-dessus de la normale ;

— le deuxième cas apparaissant avec des palpitations et des extra-systoles et de la congestion mammaire intense ;

— le troisième cas avec tachycardie paroxystique et hyper-trichose ;

— le quatrième cas sans troubles importants ;

— le cinquième cas précédé par de violentes migraines.

L'auteur incrimine chaque fois l'hyperfolliculinémie,

avec inter-réaction des sécrétions hypophysomammaires.

Il n'est pas douteux que la théorie humorale est certainement la plus solide et la plus séduisante. Elle met surtout en vue le rôle de la folliculine au cours du cycle menstruel, rôle de toute première importance au point de vue répercussion utérine. Dans le syndrome intermenstruel, on y rencontre tous les signes d'une hypersécrétion de cette hormone, sans que l'on puisse nier aussi l'action du corps jaune qui apparaît comme un organe freinateur.

De plus, il est un fait auquel on ne pense pas assez : c'est l'état de réceptivité de l'utérus ; et par là nous rejoignons un peu la théorie inflammatoire, l'atteinte de la muqueuse pouvant servir de pierre de touche grâce à laquelle l'hémorragie intermenstruelle apparaît, alors qu'elle n'aurait pu avoir lieu sans cette fragilité utérine qui lui permet de se manifester directement.

THÉRAPEUTIQUE

Elle découlera de tout ce que nous venons de dire : elle tendra à supprimer les causes locales de fragilité utérine et à modérer la folliculinémie.

Au point de vue local, on usera surtout de l'électrocoagulation, de la cautérisation, de la diathermie, auxquels on joindra un traitement anti-infectieux énergique à l'aide des sulfamides, de la sérothérapie, de la vaccination, chaque fois qu'il sera nécessaire.

Pour freiner la folliculinémie, on pourra user de la lutéine, de l'insuline et des hormones mâles. Les doses varient avec l'intensité du syndrome et l'importance des troubles qui l'accompagnent.

La lutéine s'emploiera aux doses moyennes de 5 à 10 milligrammes par injection de 2 jours en 2 jours à partir du 10e jour après la fin des dernières règles ; 6 à 8 injections par mois.

Pour l'insuline, on pratiquera dès le 4e jour qui suit les règles et pendant 3 à 4 jours de suite deux injections par jour, immédiatement avant les principaux repas qui seront très riches en féculents et en aliments sucrés. On commencera par injecter 10 unités d'insuline et on passera rapidement à 20, 40 et enfin 50 unités par jour si la susceptibilité du sujet le permet.

Les hormones mâles s'emploient à partir du 6e ou 8e jours après la fin des dernières règles, tous les trois jours ; 4 à 6 injections en tout, de 5 à 40 milligrammes par injection.

Ce traitement doit être continué pendant plusieurs mois et être repris en cas de récidive.

CONCLUSION

En résumé, l'hémorragie intermenstruelle n'est pas une maladie mais un léger trouble fonctionnel qui ne gêne pas énormément la femme qui en est atteinte. Aussi il ne faudra pas trop inquiéter les sujets qui présentent des règles de quinzaine et ne pas essayer coûte que coûte de les supprimer.

Il est regrettable que la pathogénie de ce trouble ne soit pas mieux connue, car on pourrait lui attribuer une grande valeur séméiologique.

En l'état actuel de nos connaissances, il semble que l'on puisse faire de l'hémorragie intermenstruelle, ou règles de quinzaine, une manifestation d'hyperfolliculinémie.

Toutefois, le petit nombre d'observations que nous avons recueillies, joint à l'instabilité actuelle des recherches endocriniennes, ne nous permet pas de rejeter définitivement l'hypothèse chère à Béclère, qui fait remonter ce trouble à des phénomènes congestifs inflammatoires, et nous espérons que notre modeste travail pourra exciter la curiosité de nouveaux chercheurs, qui arriveront à éclaircir définitivement les problèmes encore nombreux que posent les troubles du fonctionnement hormonal de la femme.

Vu et approuvé,

Le Président de Thèse,
VAYSSIERE

Vu et approuvé,

Le Doyen,
L. CORNIL

Vu et permis d'imprimer,

Aix, le 12 octobre 1943.

Le Recteur,
MARINO

OUVRAGES CONSULTÉS

BECLERE, G. ARMELIN, B. DEMANGE. — « L'hémorragie intermenstruelle cyclique », (Société de gynécologie et d'obstétrique de Paris, n° 9 1939-40).

COURTY. — « Traité pratique des maladies de l'utérus » (1866).

COTTE. — « Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme » (1931).

COTTE. — *Bulletin de la Société de gynécologie et d'obstétrique* (1938, page 210).

GODEL. — *Presse médicale* (9-12 octobre 1940, page 798).

GUEISSAZ. — *Bulletin de la Société de gynécologie et d'obstétrique* (1939, tome XL, page 223).

LŒBEL. — Thèse de Paris 1936 : « Syndrome hyperfolliculinique ».

MAVROMATI. — *Bulletin de la Société de gynécologie et obstétrique* (1941, tome XLI, page 110).

MOSQUOT et PALMER. — *Bulletin d'endocrinologie* (20-23 mars 1940, n° 21-28).

PALMER et Mlle S. MARCILLE. — « Le mucus cervical normal et pathologique », *Bulletin de gynécologie et d'obstétrique* (tome XLI, n° 11-12).

PALMER et Mlle ORSINI. — « A propos de la pathologie des hémorragies intermenstruelles », *Bulletin de gynécologie et d'obstétrique* (n° 10, séances du 2-12-40, pages 613, 615).

STAPFER. — « Les vagues utéro-annexielles » (Paris, 1912).

VARANGOT. — « Le syndrome de l'hyperfolliculine », *Presse médicale* (1938, page 1180).

VARANGOT. — « Hormonothérapie gynécologique » (1942).

VIGNES. — « Physiologie gynécologique de la femme » (1929).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes confrères si j'y manque.